

**Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung nach dem
Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne
Bestallung (Heilpraktikergesetz)**

- Heilpraktiker/in
- Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie
- Heilpraktiker/in beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie

Kreis Dithmarschen
Der Landrat
Fachdienst Gesundheit
Esmarchstraße 50
25746 Heide

Diesen Antrag bitte
spätestens **2 Monate vor**
dem schriftlichen
Kenntnisprüfungstermin
einreichen.

1. Angaben zur antragstellenden Person

| | | |
|--------------------------|---------------------|------------|
| Name | Titel | Geschlecht |
| Vorname | Ggf. Geburtsname | |
| Geburtsdatum /-ort | Staatsangehörigkeit | |
| Straße | Hausnummer | |
| PLZ | Ort | |
| Telefon | | |
| Email | | |
| Ggf. Heilpraktikerschule | | |

2. Wunschtermin der schriftlichen Kenntnisprüfung

| |
|--|
| |
|--|

3. Eigenerklärungen

| |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> Ich erkläre mit diesem Antrag, dass kein gerichtliches oder staatsanwaltliches Verfahren gegen mich anhängig ist.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass ich bei keiner anderen Behörde in der Bundesrepublik Deutschland einen noch laufenden Antrag nach dem Heilpraktikergesetz gestellt habe.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass ich bei einer anderen Behörde einen laufenden Antrag nach dem Heilpraktikergesetz gestellt habe. Behörde: _____</p> |
|--|

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in